

Der krebskranke Patient in der Kassenpraxis
- Selbstmanagementtherapie im Akzeptanzvergleich zweier Patientengruppen –
Erfahrungsbericht
Reuter, Elmar und Rehse, Barbara
Praxis für Psychotherapie, Olpe

Zusammenfassung:

31 brustkrebsbetroffene Frauen in der Nachsorgezeit, die wegen psychischer Probleme im Zuge der Erkrankung ambulante Psychotherapie in Anspruch nahmen, wurde eine kognitive Verhaltenstherapie im Sinne des Selbstmanagementansatzes von Kanfer als Einzeltherapie im Umfang von mindestens 25 Sitzungen angeboten. Zum Vergleich ebenso einer altersgleichen Gruppe somatisch gesunder Psychotherapiepatienten (N = 15). Patientinnen und Patienten beider Gruppen zeigten symptomatisch ein ängstlich-depressives Beschwerdebild. Ziel der Studie war es, die möglicherweise unterschiedliche Akzeptanz einer teilmanualisierten Selbstmanagementtherapie bei primär somatisch, versus primär psychisch kranken Patienten zu überprüfen. Akzeptanz wurde erfasst an der Erfüllung von Eingangsvoraussetzungen für kassenfinanzierte Therapie (Eigenmotivation, persönliche Anmeldung, Wartezeit, Konsiliarverfahren), Teilnahme am mitlaufenden Qualitätssicherungsprogramm, Zielebenennung für den Therapiezeitraum, Abbruchquote, Therapiedauer und Behandlungszufriedenheit.

Ergebnisse:

Alle Patienten und Patientinnen beider Gruppe akzeptierten gleichermaßen die Eingangsvoraussetzungen, nahmen unterschiedslos an der zu zwei Messzeitpunkten vorgenommenen recht umfänglichen Vor- und Nachuntersuchung teil. Es gab in beiden Gruppen keinen Therapieabbruch und es wurden ähnliche Therapieziele benannt. Das Therapieziel, sozialbezogener Autonomie zu verbessern, war das meist genannte erste Ziel in beiden Gruppen, wurde jedoch in der Gruppe brustkrebsbetroffener Frauen häufiger benannt. Die Therapiedauer war bei der Gruppe der Brustkrebspatientinnen etwas geringer. Patientinnen und Patienten beider Gruppen waren insgesamt mit der Teilnahme an dieser Selbstmanagementtherapie zufrieden bis sehr zufrieden, die Zufriedenheit war jedoch bei den Brustkrebspatientinnen etwas größer.

Insgesamt erscheint das Angebot einer mindestens 25 Stunden umfassenden Selbstmanagement-orientierten Verhaltenstherapie als Einzeltherapie den Bedürfnissen brustkrebsbetroffener Frauen nach psychosozialer Unterstützung entgegen zu kommen.

Der krebserkrankte Patient in der Kassenpraxis
- Selbstmanagementtherapie im Akzeptanzvergleich zweier Patientengruppen –
Erfahrungsbericht
Reuter, Elmar und Rehse, Barbara
Praxis für Psychotherapie, Olpe

1. Der Onkologiepatient in Psychotherapie – Das Therapieangebot

Nach der vollständigen Implantierung der Richtlinienpsychotherapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen und aktuell der Etablierung sogenannter Brustzentren, nehmen Anfragen Krebserkrankter nach ambulanter Psychotherapie zu.

Aus der jahrelangen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten im südwestfälischen Raum sowie insbesondere der örtlichen Frauenklinik des St. Martinus-Hospitals Olpe ist ein psychotherapeutisches Therapieangebot einer hier ansässigen Psychotherapiepraxis an **brustkrebsbetroffene** Frauen entstanden, über das im Folgenden berichtet werden soll.

31 brustkrebsbetroffenen Patientinnen, die zwischen 1997 und 2001 als Selbstanmelder in der Praxis mit psychoonkologischem Schwerpunkt um Einzeltherapie nachfragten, wurde eine kognitive Verhaltenstherapie im Sinne des Selbst-Management-Ansatzes (Kanfer u. a. 1996) angeboten.

Die Patientinnen standen allesamt im üblichen medizinischen Nachsorgeregime und zeigten neben der Brustkrebserkrankung psychische Beschwerden, die sich um die Diagnosen Angst (F 41.1/F 41.2), Depression (F 32.0/F 33.0) und Anpassungsstörung (F43.2) zentrierten. Dieser Gruppe brustkrebsbetroffener Patientinnen wurde eine Gruppe üblicher Psychotherapiepraxis-Patienten mit ähnlichem Beschwerdebild (Angst, Depression), jedoch ohne somatische Grunderkrankung, gegenübergestellt. Der Altersdurchschnitt beider Patientengruppen war in etwa gleich (45,5 Jahre/43,5 Jahre).

Die Selbstmanagement-Therapie (SMT) umfasste bei beiden Gruppen 25 Sitzungen (Kurzzeitkontingent), konnte jedoch bei Vorliegen der gutachterlich zu prüfenden Voraussetzungen verlängert werden. Die Wartezeit zwischen Anmeldung und Therapiebeginn betrug bei beiden Gruppen etwa 3 Monate.

Da nach früherer Auffassung (Rief 1996, Rudolf 1992) Patienten mit primär körperlichen Leiden als psychotherapeutisch schwer behandelbar galten, soll hier zunächst über eventuelle **Akzeptanzunterschiede** dieser Therapieform für die Gruppe **primär somatisch** im Vergleich zur Gruppe **primär psychisch** betroffener Patienten berichtet werden. Die Selbstmanagementtherapie soll hinsichtlich ihrer besonderen Eignung für Krebsbetroffene zunächst allgemein beschrieben und später im konkreten Ablauf dargestellt werden.

Als **Akzeptanz-Kriterien** gelten dabei die **Eingangsvoraussetzungen** für ambulante Psychotherapie (Eigenmotivation, persönliche Anmeldung, Wartezeit, Konsiliarverfahren), Teilnahme am mitlaufenden **Qualitätssicherungsprogramm**, benannte **Ziele** für den Therapiezeitraum, **Abbruchquote** während der Therapie, **Therapiedauer** und die persönliche **Behandlungszufriedenheit** ca. ein Jahr nach Abschluss der Therapie.

Über Therapiewirkungen (Hauptkriterien: Zielerreichung, Belastungsreduzierung, Selbstkonzeptverbesserung, Dichte der therapeutischen Beziehung u. a.) soll später bei Vorliegen größerer Fallzahlen berichtet werden.

2. Das psychische Beschwerdebild der Brustkrebspatientin

Die Krebsdiagnose, insbesondere wenn sie ohne vorherige Beschwerden fast zufällig gestellt wird, löst regelhaft einen Schock und eine unterschiedlich erlebte Desorientierung aus. Die kurz darauf erfolgende eingreifende Operation und die innerhalb einer Woche mit einem Großteil der Betroffenen verabredete Nachsorge (Chemotherapie, Strahlenbehandlung, antihormonelle Therapie) werden als weitere, oft traumatisch wirkende Belastungen innerhalb kurzer Zeit erlebt. Gleichzeitig steht nicht nur das subjektive Lebensgefühl, sondern regelhaft neben den gesamten sozialen Beziehungen und Funktionen oft auch die gefährdete Position im Arbeitsleben im Mittelpunkt der Sorge.

Patienten suchen in diesem Zustand im Psychotherapiezeitraum zunächst Hilfe und Unterstützung, um Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein zu verringern und Schritt für Schritt die Kontrolle wiederzugewinnen.

Dabei erscheint das psychische Beschwerdebild (Angst, Depression, Belastung) zunächst als völlig normale, zur Schockerfahrung passende und vorübergehende Gefühlslage, keinesfalls als neurotische Reaktionsbildung (Schüle 1996). Es kann sich aus einer anfänglichen Belastungsreaktion oder einer Anpassungsstörung aber auch eine regelrechte generalisierte Angststörung oder einer rezidivierende depressive Störung entwickeln (Tschuschke 2002 c). Das ist insbesondere bei Patientinnen mit unflexiblen Bewältigungsmustern (Heim 1998) möglich.

Flexibles vs. Rigidies Coping hängt wiederum nicht nur mit der Persönlichkeit der Patientin, sondern auch mit der erlebten sozialen Unterstützung durch die Familie zusammen und bestimmt das unterschiedliche Informationsbedürfnis über Krankheit und Behandlung, das Interesse an Gesundheitswissen und den Grad erlebter und aktivierter sozialer Unterstützung.

Unterschiedliche persönliche Zusammenhangsvermutungen (subjektive Krankheitstheorie) (Verres 1994, Riehl-Emde 1998) zu vermeintlich auslösenden, ursächlich mitbestimmenden oder den Verlauf beeinflussenden Bedingungen und das Gefühl, die Krankheit im Kontext einer Biographie zu „verstehen“ oder ihr völlig unverständlich gegenüber zu stehen (Antonowsky 1989) modulieren das Erleben des Einzelnen.

Das Thema Tod taucht sofort auf, wird zur Sprache gebracht oder verdrängt. Fällige Neuorientierungen und Prioritätenwandel können krisenhaft oder chancenreich erlebt werden.

Insgesamt scheint das psychische Beschwerdebild der Brustkrebspatientin wenig von der Erkrankung selbst abzuhängen. Es wird mehr bestimmt von der ganz persönlichen Erfahrung der Krise, der Reaktion der jeweiligen Beziehungspartner und dem Erleben von Isolation oder Getragensein, der jeweiligen Sinnzuschreibung, der Erreichbarkeit professioneller Helfer und dem Gefühl, auf den Prozess der Gesundung Einfluss nehmen zu können.

3. Auswirkungen psychotherapeutischer Interventionen bei Krebserkrankten

Eine Aussage über Akzeptanz und Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei Krebserkrankten getroffen werden, empfiehlt Cunningham (1995) zunächst einmal, eine Differenzierung des Angebotes vorzunehmen.

Er unterscheidet psychosoziale Behandlungsstrategien nach Art des Angebotes und des Beteiligungsgrades des Patienten und bringt psychoonkologische Interventionsformen in eine fünfstufige Anordnung.

	Angebot	Anforderung an den Patienten
1.	Information	Aufnahme von Information
2.	Unterstützung	Zulassen und Ausdruck entsprechender Gefühle
3.	Bewältigung/Coping	Wiedergewinnen von Kontrolle durch kognitiven und verhaltensmäßigen Wandel
4.	Psychotherapie	Bewusstmachung auch unbewusster Gedanken, Einstellungen, Gefühle, mit dem sich daraus ergebenden Wandel
5.	Spirituell-existenzielle Therapie	Meditative und gedankliche Reflexion, Relativierung der Selbstverantwortung durch veränderte Zuordnung Ich-Welt

Tab. 1: aus Cunningham, A. J.: Group psychological therapy of cancer patients in: Support Care Cancer (1995), 3, S. 244 - 247

Zusammenfassende Übersichten über Einzelstudien liegen teilweise in Form narrativer Reviews vor (z. B. wertete Frischenschlager et al. 1992 41 Interventionsstudien aus) und unterscheiden solche mit den Schwerpunkten Information, soziale Unterstützung und Coping, wobei wiederum zwischen „geeignetem“ und „ungeeignetem“ Coping unterschieden wird (z. B. Heim 1988, der sich auf 15 Studien bezieht) oder differenzieren sich nach Art und Struktur der Angebote wie didaktischer Informationsvermittlung, anfangs psychoedukativer, später offenbar persönlicher Therapieangebote, Einzel- und Gruppensettings (Übersicht über 26 Studien bei Schaffner 1994). Watson, Haviland, Greer et al. 1999 untersuchten die Auswirkungen eines bestimmten Bewältigungsstils auf den Krankheitsverlauf bei 578 Brustkrebspatientinnen. Rehse (2001) rechnet eine Metaanalyse über 37 internationale, zwischen 1970 und 1999 publizierten Interventionsstudien mit dem Kriterium Lebensqualität.

Wenngleich grundsätzlich eine empirisch abgesicherte Wirksamkeitsüberprüfung psychotherapeutischer Interventionen bei Krebspatienten schwierig ist (Heterogenität der Studienpopulation hinsichtlich Tumorart, Krankheitsstadium, medizinischer Begleitbehandlung, fehlende Homogenität hinsichtlich der Messkriterien Lebensqualität, Überlebenszeit, Immunparameter, Unterschiedlichkeit methodischer Güte, Verschiedenartigkeit der Art und Dauer psychosozialer Betreuung), können doch folgende Aussagen als gesichert gelten:

- Informationen über die Erkrankung und soziale Unterstützung der Betroffenen sind notwendige Bausteine jedes psychoonkologischen Therapieangebotes.
- Strukturierte und länger als einige Monate dauernde Therapieangebote sind wirksamer als unstrukturierte und kürzer dauernde.
- Abbau von Hilflosigkeit und der Wiedergewinn von Kontrolle und Selbstbestimmung wirken sich auf Lebensqualität der Betroffenen günstig aus.
- Die tendenziell beobachtbare Verbesserung der Lebensqualität durch psychosoziale Angebote beeinflusst den somatischen Krankheitsverlauf (Rezidivrate, Metastasierungsneigung, Überlebenszeit) günstig.

Sind Studien, die positive Auswirkungen unterschiedlicher psychosozialer Angebote auf die Lebensqualität des Krebspatienten erfassen, wissenschaftlich eher unumstritten, bleibt die Bewertung von Studien mit dem Kriterium Überlebenszeit uneinheitlich (Tschuschke 2002a, Tschuschke 2003, Stierlin und Grossarth-Maticcek 1998, Spiegel et. Al 1989, Fawzy et. Al 1993, Greer et. Al 1979, Wirsching u. a. 1989, Goodwin et. Al 2001).

4. Die Selbstmanagement-Therapie und ihre Anwendung auf Onkologiepatienten

Der Selbstmanagementansatz von Kanfer (Kanfer u. a. 1996) nimmt in der kognitiven Verhaltenstherapie insofern einen besonderen Raum ein, als er sich weniger mit störungsspezifischen Techniken beschäftigt, sondern allgemeine Kompetenzerhöhung der Betroffenen anstrebt. Im Cunningham'schen Raster ist er am ehesten zwischen Punkt 3 (Coping) und Punkt 4 (Psychotherapie) angesiedelt. Selbstmanagement-Therapie (SMT) möchte durch Anregung, Anstöße und Anleitung die Eigenständigkeit im Denken und Handeln des Patienten verbessern und ihm eine autonomere Weiterentwicklung ermöglichen. SMT ist bei der Übernahme von Selbstverantwortung und bei der Suche nach Orientierung behilflich, was zunächst einmal voraussetzt, sich mit den eigenen Ziele, Motiven und Werten zu beschäftigen. SMT bietet eine strukturierte Anleitung zur Selbststeuerung. Ihr Ziel sind die Verbesserung der Selbstregulation und die Erhöhung von Autonomie.

Selbstmanagementtherapie hilft, die nach schweren Erkrankungen oft notwendig erscheinende Änderung des Lebensstils in Richtung gesundheitsfördernden Verhaltens durch Stärkung der Steuerungskompetenzen der Person zu erleichtern. Dabei wird Selbstregulation als nicht angeborene, sondern erlernbare Fähigkeit begriffen. SMT ist eine edukative Therapieform mit dem Ziel, die kognitiven, emotionalen und sozialen Defizite und Unfähigkeiten zunächst zu klären und dann schrittweise zu verbessern, damit es dem Patienten gelingt, sein Leben wieder in die Hand zu nehmen und stärker nach den eigenen Bedürfnissen und Zielsetzungen auszurichten.

SMT ist ein schulübergreifendes, zielorientiertes, methodenoffenes Konzept zur Herstellung und Wiederherstellung von Autonomie, wobei der Therapeut in eine professionelle Interaktion zum Patienten tritt, sich als Impulsgeber und „Problemlöseassistent“ (Kanfer u. a. 1996) versteht und sehr aufmerksam und differenziert beobachtet, welche Voraussetzungen der Patient zu Beginn der Therapie mitbringt, und wie er sich mit der eigenen Person nach innen und außen auseinandersetzt. Dabei kommt dem Klären und dem Identifizieren überdauernder innerer Einstellungen, möglicher Selbstabwertung, Idealisierung Anderer, dem Vermeiden ganzer Themenbereiche oder auch interpersonaler Anpassungs- und Durchsetzungsstrategien Bedeutung zu. Die Denkautomatismen und Verhaltensstereotype, die lebenserleichternd, aber auch pathologisch wirken können, sollen zunächst erkannt, danach hinsichtlich ihrer Auswirkungen bewertet werden. Ebenso werden die Attribuierungen, also die Zuschreibungsmuster des Patienten und seine subjektive Krankheitstheorie betrachtet und als wichtige und zentrale Instanzen gewertet, die die Übernahme von Selbstverantwortung für das Gesundwerden und Gesundbleiben erleichtern oder auch erschweren können. Wenn jemand z. B. ein Problem oder eine Erkrankung auf Vererbung oder Schicksal zurückführt, wird er als Person weniger versuchen, aus eigener Kraft eine Änderung der Verhältnisse zu erreichen.

Die Therapiebeziehung in der Selbstmanagementtherapie ist edukativ, dabei jedoch auch supportiv ausgerichtet. Der Therapeut bildet mit dem Patienten eine therapeutische Allianz, in dem er hinsichtlich seiner Ziele mit ihm an einem Strang zieht, ihn anleitet, ihm Feedback gibt, ihn beobachtet, wie er sich hinsichtlich seiner Attribuierungsmuster (health-beliefs-models) verhält. Er versteht sich als Katalysator und unterstützt den Patienten im sogenannten entdeckenden Lernen.

Der SMT-Therapeut betrachtet die unterschiedlichen Voraussetzungen, die der Patient zur Psychotherapie mitbringt, den jeweiligen Grad seiner Selbstorganisation und Art und Ausmaß seiner Reaktion auf das Psychotherapieangebot. Evaluation von Prozess und Ergebnis ist von daher in der Selbstmanagementtherapie selbstverständlich, wobei solche Zwischenbilanzierungen von Patienten und vom Therapeuten gemeinsam vorgenommen werden und den großen Relativitätsraum psychotherapeutischer Aussagen und Ansichten verengen. Durch die notwendige Zentrierung auf die Sichtweise des Patienten und auf

minimalste Veränderungsschritte während des therapeutischen Prozesses ist SMT einfühlbar, zugleich jedoch auch strikt.

In empirischen Studien ist SMT bisher sowohl bei Patienten mit psychischer Symptomatik (Angst, Depression, sexuelle Störung, Abhängigkeit) als auch bei Patienten mit körperlichen Leiden (chronische Krankheiten, Kopfschmerz, Adipositas, Diabetes, Herzkrankheit) und in der Prävention und Gesundheitserziehung (Übersicht bei Kanfer u. a. 1996) überprüft worden. Den Autoren ist keine Studie über den Einsatz von Selbstmanagement-Therapie im Bereich psychoonkologischer Interventionen bekannt.

5. Das eigene Vorgehen

5.1 Patientengruppen

Die Gruppe brustkrebsbetroffener Patientinnen umfasste insgesamt 31 Frauen mit dem symptomatischen psychischen Beschwerdebild Angst und Depression, meist im Sinne einer vorübergehenden Anpassungsstörung, seltener als eigenständige, von der Anfangsreaktion auf die Brustkrebserkrankung gelösten psychischen Störung. Die Vergleichsgruppe bestand aus 15 üblichen Psychotherapiepatienten mit einer Angst- bzw. depressiven Störung, jedoch ohne somatische Grunderkrankung.

Die Hauptdiagnosen waren in beiden Gruppen folgendermaßen verteilt:

	Anpassungs- störung F 43.2	Angststörung F 41.1/F 41.2	Depression F 32.0/F 33.0	somatoforme Störung F 45.0
Gruppe 1 Brustkrebspatientinnen N = 31, Alter Ø 45,5 J. Range (32 – 67)	31 (100 %)	8 (2,8 %)	10 (31,2 %)	-
Gruppe 2 Psychotherapie- Patientinnen, somatisch gesund N = 15, Alter Ø 43,5 J. Range (33 – 58)	2 (13,3 %)	6 (40 %)	11 (73,3 %)	5 (33,3 %)

Tab. 2: Verteilung von Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Klassifikation) bei einer Gruppe brustkrebsbetroffener Psychotherapie-Patientinnen und einer Gruppe üblicher Psychotherapiepraxis-Patienten ohne somatische Grunderkrankung (Mehrfachdiagnosen möglich).

Bei allen brustkrebsbetroffenen Patientinnen lagen vor Beginn der Psychotherapie medizinische Befundberichte vor, Haus- bzw. Facharzt fungierten als Konsiliarärzte. Die Brustkrebspatientinnen befanden sich zu Beginn der Psychotherapie in unterschiedlichen Stadien ihrer Erkrankung (siehe Tabelle 3).

	nach Erstmanifestation rezidivfrei	Lokalrezidiv bzw. Zweitbefall kontralateral	Fernmetastasen
Gruppe 1 Brustkrebspatientinnen N = 31, Alter Ø 45,5 J. Range (32 – 67)	23 (74,2 %)	3 (9,7 %)	5 (16,1 %)

Tab. 3: Krankheitsstadium brustkrebsbetroffener Frauen vor Beginn der Psychotherapie

5.2 Das Therapieprogramm

Wir gingen von der Annahme aus, dass Patienten, insbesondere wenn durch intensive Beschwerden ein Zustand von Verwirrung und Demoralisierung vorliegt, zunächst bestimmte motivationale und organisatorische Grundvoraussetzungen hinsichtlich der Therapie schaffen (Phase 1 und 2), sich klar werden, woran sie arbeiten wollen (Phase 3), dann eine eigene persönliche Zielsetzung entwickeln (Phase 4) und Fertigkeiten erwerben, diese Ziele zu erreichen (Phase 5). In Phase 6 sollte der Patient mit seinem Therapeuten vergleichend bewerten, wie weit er gekommen ist und danach eventuell weiter zunehmend eigenständig daran zu arbeiten, Hindernisse zu verringern und sich vom therapeutischen Helfer bei diesem Prozess allmählich zu lösen (Phase 7). Supportive Begleitung über längere Zeit (1 bis 2 Jahre) kann vereinbart werden.

SMT bei Brustkrebspatientinnen/7-Phasen-Prozessmodell (Kanfer)

Phase	Woche	Sitz.-anzahl	Inhalte
1 Schaffen günstiger Voraussetzungen	1 – 2	1 – 2	Eingangsphase/Klären bzw. Schaffen günstiger Voraussetzungen zur Therapie/Verabredung der therapeutischen Allianz auf Zeit/Diskussion der mitgebrachten med. Befunde/ Organisation der Therapie/ Settingfragen/ Hausarzt-Facharzt Konsil/ Kassenantrag.
2 Aufbau von Änderungsmot. Etablierung einer therap. Allianz	3 – 4	2 – 4	Klärung von Änderungsmotivation/Abstecken von Änderungsbereichen/Raum schaffen für Ausdruck von Gedanken u. Gefühlen nach Einbruch der Diagnose/ subjektive Annahmen zur Krankheitsentstehung/ Erfassen erster Bewältigungsmuster u. Copingstrategien/ Informationserhöhung bzgl. Grunderkrankung/ Diskussion alternativmed. Behandlungen/ Etablierung der therapeutischen Beziehung im Sinne einer therap. Allianz/ Verabredung von „Hausaufgaben“ während der Therapie/ Basisdokumentation mit onkologischem Zusatzbogen u. Testdiagnostik (Prä-Test/ Annäherung an Hauptproblembereiche/ erste Zielsetzungen für Psychotherapiezeitraum.
3 Symptomatik u. funktion. Bedingungsmodell, Fokusbestg. u. Kontextklärung	3 – 6	bis 6	Woran will der Patient arbeiten? Welche Personen sind am Problem des Patienten beteiligt? Berücksichtigung der Ergebnisse aus Psychodiagnostik u. Exploration der Festlegung des Hauptfokus bzw. der Hauptfoki für die Therapie/ Klärung signifikanter Problemeinstellungen u. Haltungen zu sich u. anderen/Identifizieren problematischer Verhaltensstereotype/ Durcharbeiten der subjektiven Krankheitstheorie u. der damit verbundenen Attribuierungen/Klärung u. Verstärkung passender Bewältigungsmuster/ Besprechung evtl. Compliance-Probleme bzgl. schulmedizinischer Behandlungsstrategien u. Nachsorgeplanung.

Phase	Woche	Sitz.-anzahl	Inhalte
4 Zielvereinbarungen Herangehensweise	5 – 8	bis 8	Vereinbarung therap. Ziele (konkrete Vereinbarung, GAS)/ differenziertes Besprechen intrapsychischer u. interpersoneller Hauptprobleme/ differenzierte Einschätzung der sozialen Unterstützung hinsichtlich der persönlichen Zielsetzung durch Partner/Ursprungsfamilie/Freunde. Einschätzung der Ausgangslage unter Berücksichtigung von Ressourcen u. Schwierigkeiten innerhalb und außerhalb der Person des Patienten/ Festigung der therap. Allianz/Festigung der Hausaufgabenvereinbarung/Weiterentwicklung der Fähigkeit, Gefühle, Bedürfnisse u. Gedanken auszudrücken/evtl. Hinzunahme von Angehörigen zur Therapie entsprechend dem Patientenwunsch.
5 Planung, Auswahl u. Durchführung spezif. therap. Interventions- techniken	7 – 23	7 – 25	Planung, Auswahl u. Durchführung vereinbarter therap. Schritte/ Erprobung innerhalb u. außerhalb des Therapieraumes/evtl. Traumaverarbeitung/Arbeit an den Selbst-Kognitionen u. Verhaltensstereotypen/Aufbau u. Erprobung neuen Denkens u. Handelns entlang den persönl. Zielsetzungen/Skill-Training/Konflikttraining/ Ressourcenverstärkung/complianceförderndes Arbeiten mit dem Ziel, bessere Grundlagen zur Entscheidungsfindung med. Strategien zu bekommen/laufende Informationserhöhung bzgl. der Grunderkrankung/ Entwicklung salutogenetischen Denkens/Hereinnahme des Themas Tod/Forderung besonderer Dialogformen mit dem eigenen Körper, evtl. Imaginationsverfahren/Stärkung des Bewusstseins für eigene Bedürfnisse, Identität, Autonomie u. Bindung, evtl. Prioritätenwandel, Neuorientierung.
6 gemeinsame Evaluation	24	23 – 25	Post-Test u. figurative Rückmeldung der Befunde/ gemeinsame Evaluation durch Prä/post-Vergleich/dabei gemeinsame Bewertung des Erreichten/nicht Erreichten/ Identifikation erfolgreicher Strategien, Störquellen u. Hindernisse/Vereinbarung über Beendigung bzw. Fortführung der Therapie
7 Erfolgsoptimierung	> 25	26 – 45	Stabilisierung/Optimierung therap. Erfolge/ Transfer-sicherung/ zunehmende Selbstverantwortung des Patienten bei differenzierter Wahrnehmung u. Integration und des evtl. veränderten Bildes von sich/Ausblenden des Therapeuten/evtl. niederfrequente supportive Vereinbarung von weiteren Therapiesitzungen auch unter „Aufsparen“ genehmigter Zeitkontingente für „schlechte Zeiten“ (Rezidive), in denen Unterstützung gebraucht wird/ggf. Langzeitantrag.

Tab. 4: Teilmanualisierter Prozessablauf einer Selbstmanagementtherapie bei Brustkrebspatientinnen (Gruppe 1). Gleiches Vorgehen bei üblichen Psychotherapie-Patienten (Gruppe 2) mit inhaltlich angepassten Modulen. Verweilen auf jeder Stufe möglich, bis entsprechender Teilschritt erfolgt ist.

5.3 Übergreifende Zielsetzungen der Patientinnen

Die vom Patienten benannten Therapieziele beschreiben gut die Erwartungen an Therapie. Obwohl die Patienten beider Gruppen Psychotherapie aufgrund eines klaren psychischen Beschwerdebildes nachfragen, steht die Symptomverringerung (Angst, Depression) nicht an erster Stelle der übergeordneten Ziele. Bei beiden Gruppen geht es vorrangig um die Verstärkung des Gefühls sozialbezogener Autonomie und eine bessere Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Wünsche.

Übergreifende Zielsetzungen/ Zielkonstrukte	Gruppe 1 Brustkrebspatientinnen (N = 31)	Gruppe 2 Psychotherapie-Patient. o. som. Grunderkrankung (N = 15)
Soz.-bez. Autonomie, Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, Wünsche	38 (40,8 %)	12 (26,7 %)
Symptomverringern (Belastung, Angst, Depression, somatoforme Störungen)	16 (17,2 %)	10 (22,2 %)
Individuelle Zielsetzungen	15 (16,1 %)	11 (24,4 %)
Klärung von Ehe und Beziehungen	5 (5,4 %)	3 (6,7 %)
Klärung von Konflikten im Arbeitsfeld	5 (5,4 %)	6 (13,3 %)
Seelisch-körperlicher Wiederaufbau, gesundheitsbewussteres Leben	14 (15,1 %)	3 (6,7 %)
Gesamtzahl der benannten Ziele (pro Patient 3)	93 (100 %)	45 (100 %)

Tab. 5: Benannte Ziele für den Therapiezeitraum, zu Zielkonstrukten zusammengefasst. Diesbzgl. Autonomiewünsche wie auch Zielsetzungen hinsichtlich gesundheitsbewussteren Lebens sind in der Gruppe der Brustkrebspatientinnen häufiger anzutreffen.

5.4 Therapiedauer/Therapieabbruch

Die SMT wurde Patienten beider Gruppen im Rahmen eines Kurzzeitkontingentes angeboten, konnte aber über die 25. Sitzung hinaus fortgeführt werden, wenn die Kriterien des gutachterpflichtigen Langzeitverfahrens erfüllt waren.

Von den Patientinnen der Gruppe 1 (Mamma-Ca.) befanden sich zum Erhebungszeitpunkt noch 15 in Behandlung, 16 hatten die Therapie abgeschlossen. Von den Patienten und Patientinnen der Gruppe 2 (übliche Praxispatienten) standen 2 noch in Behandlung, 13 hatten ihre Therapie abgeschlossen. Als Abschluss wurde definiert, dass nach der letzten Sitzung für die Dauer von mindestens 6 Monaten keine weitere Sitzung mehr erfolgte.

In dem Vergleich hinsichtlich des Kriteriums Therapiedauer/Therapieabbruch gingen lediglich die abgeschlossenen Therapien ein.

Bei Patienten beider Gruppen gab es keinen Therapieabbruch (Kriterium: KZT unter 15 Sitzungen). Brustkrebsbetroffene Patientinnen beendeten ihre Behandlung insgesamt früher als übliche Praxispatienten, äußerten aber häufiger den Wunsch nach eventueller Wiederaufnahme im Falle stärkerer Belastung, z. B. bei Rezidiv (Tabelle 6).

	KZT < 15 Sitzungen	KZT – 25 Sitzungen	LZT 26 – 45 Sitzungen	LZT > 45 Sitzungen
Gruppe 1 Brustkrebspatientinnen N = 16	-	6 (37,5 %)	8 (50 %)	2 (12,5 %)
Gruppe 2 Psychotherapie-Patienten N = 13	-	1 (7,6 %)	6 (46,2 %)	6 (46,2 %)

Tab.6: Therapiedauer bei Brustkrebspatientinnen (Gruppe 1 – abgeschlossene Therapien N = 16) und bei Psychotherapie-Patienten (Gruppe 2 – abgeschlossene Therapien N = 13)

5.5 Qualitätssicherung

Die psychotherapeutischen Verläufe wurden einem QS-Programm (sensu Grawe und Braun 1994) unterzogen. Die Messmittel orientierten sich an den übergeordneten Zielsetzungen einer Selbstmanagement-Therapie und werden zur Verbesserung der therapeutischen Compliance und Effektivität in figurativer Form in die laufende Therapie zurückgemeldet. Daten wurden zu 2 Messzeitpunkten erhoben: Innerhalb der probatorischen Phase und am Ende der Kurzzeittherapie (25. Sitzung).

Bei Patienten beider Gruppen kommt es routinemäßig zu einer ausführlichen Basisdokumentation, die bei den brustkrebsbetroffenen Patientinnen durch Erkrankungs- und Behandlungsdaten ergänzt wurde.

Die Tatsache, dass 100 % der Patienten und Patientinnen beider Gruppen sich an der jeweils 70-minütigen Fragebogenaktion beteiligten, scheint den erkennbaren Nutzen solcher transparenter und anschaulicher Rückmeldungen über den Therapieverlauf für den Patienten zu bestätigen, auf den Grawe und Braun ja schon hinwiesen.

Das QS-Programm wird dargestellt, weil es unmittelbarer Bestandteil der hier angebotenen Selbstmanagement-Therapie ist.

	1. Messzeitpunkt (prä) (1. – 5. Sitzung)	2. Messzeitpunkt (post) (25. Sitzung)
Gruppe 1 Brustkrebspatientinnen N = 31	Basisdokumentation u. krankheitsbezogene Ergänzungsdokumentation GAS (Zielerreichung) SCL 90-R (Belastungsgrad) FSKN (Selbstkonzept) IIP-D (interspers. Kognitionen) AFKA-I (Attribuierungsmuster) HAQ (Dichte der therap. Bez.)	- GAS SCL 90-R FSKN IIP-D - HAQ
Gruppe 2 Psychotherapie-Patienten N = 15	Basisdokumentation GAS (Zielerreichung) SCL 90-R (Belastungsgrad) FSKN (Selbstkonzept) IIP-D (interspers. Kognitionen) AFKA-I (Attribuierungsmuster) HAQ (Dichte der therap. Bez.)	- GAS SCL 90-R FSKN IIP-D - HAQ

Tab. 7: Bausteine und Messzeitpunkte des angewandten Qualitätssicherungsprogramms im prä-/post-Vergleich (angelehnt an das sogenannte „Berner Modell“ der Forschergruppe um Grawe (Grawe und Braun 1994).

5.6 Subjektive Zufriedenheit

Durchschnittlich 10,7 Monate (Gruppe 1/Brustkrebspatientinnen) bzw. 14,5 Monate (Gruppe 2/übliche Psychotherapie-Patienten) nach der letzten Psychotherapiesitzung wurden die Patienten hinsichtlich ihrer subjektiven Zufriedenheit mit der Behandlung per selbstentwickeltem Fragebogen befragt. Sie sollten Auskunft geben über die erlebte Verbesserung der **symptomatischen Beschwerden** (Angst, Depression, Unruhe usw.), die verbesserte Einsicht und **Veränderung der Konflikte** und der als disfunktional erkannten **Einstellungen** sowie ihre Zufriedenheit mit der **Psychotherapie** allgemein einschätzen.

Die Rücklaufquote der nach etwa einem Jahr nach Behandlungsende verschickten Fragebögen betrug in der Gruppe der Krebspatientinnen 93,6 %, in der üblicher Psychotherapie-Patienten 84,6 %.

Patienten beider Gruppen zeigten sich durchweg zufrieden bis sehr zufrieden mit der Behandlung. Dabei erreichten die brustkrebsbetroffenen Patientinnen in allen drei Kategorien höhere Zufriedenheitswerte als die Vergleichsgruppe. Sie sahen sich nicht nur als symptomatisch entlasteter, sondern profitierten nach eigener Einschätzung auch von erarbeiteten Konfliktlösungen und autonomen Einstellungen. Auch die Zufriedenheit mit dem allgemeinen Gewinn der Psychotherapie war höher (Tabelle 8).

Behandlungszufriedenheit	Gruppe 1 Brustkrebspatientinnen N = 16 (Rücklaufquote 93,6 %)	Gruppe 2 Psychotherapie-Patienten N = 13 (Rücklaufquote 84,6 %)
Zufriedenheit mit Veränderung des symptomatischen Beschwerdebildes	Ø 8,06	Ø 7,49
Zufriedenheit mit Veränderung von Konflikten u. dysfunktionalen Einstellungen	Ø 7,76	Ø 7,15
Zufriedenheit mit der Psychotherapie allgemein	Ø 8,76	Ø 7,77

Tab. 8: Zufriedenheitsskalierung nach Ablauf von 10,76 Monaten (Gruppe 1) bzw. 14,54 Monaten (Gruppe 2) nach Beendigung der Psychotherapie 10-stufige Skalierung von 1 = völlig unzufrieden > 4 = unzufrieden > 7 = zufrieden > 10 = völlig zufrieden

6. Ergebnisse

Eine teilmanualisierte, prozessorientierte Selbstmanagementtherapie wurde einer unausgelesenen Gruppe von brustkrebsbetroffenen Patientinnen mit ängstlich/depressivem Beschwerdebild und einer ebensolchen etwa altersgleichen Gruppe üblicher Praxispatienten mit gleicher Symptomatik, jedoch ohne somatische Grunderkrankung angeboten.

Brustkrebsbetroffene Patientinnen akzeptierten eine ambulante kognitive VT im Selbstmanagement-Ansatz gleichermaßen wie die Gruppe üblicher Psychotherapiepatienten. Sie nahmen eine dreimonatige Wartezeit in Kauf. Durch den Anmeldemodus waren alle Patienten hoch motiviert. Ein Therapieabbruch wurde bei keinem Patienten beider Gruppen registriert. Die Therapie der brustkrebsbetroffenen Patientinnen konnte tendenziell etwas schneller abgeschlossen werden. In einer ersten Einschätzung hing bei Patienten dieser Gruppe die Dauer der Therapie womöglich von der Stärke der psychischen Primärproblematik ab. Brustkrebsbetroffenen Patientinnen, die „lediglich“ durch einen Einbruch der somatischen Erkrankung erschüttert waren und im Therapiesetting Stabilisierung und Neuorientierung suchten, kamen mit dem Stundenkontingent einer Kurzzeittherapie eher aus, sicherten sich aber die Möglichkeit weiterer Unterstützung für eventuelle „schlechtere Zeiten“ (u. a. Wiederauftauchen der Grunderkrankung).

Die Zielsetzungen der Patienten beider Gruppen ähnelten sich stark; brustkrebsbetroffene Patientinnen definierten eher die ausdrückliche Erwartung, sich autonomer, weniger abhängig zu fühlen und waren an salutogenetischen Fragen stärker interessiert.

Alle Patienten beider Gruppen nahmen bereitwillig an dem Qualitätssicherungsprogramm teil, das immerhin zu Beginn der Therapie und nach Ablauf der Kurzzeitphase jeweils eine gute Stunde Zeit für das Ausfüllen der Fragebögen in Anspruch nahm.

Die durchschnittliche Zufriedenheit der Patienten beider Gruppen an der angebotenen Selbstmanagement-Therapie lag zwischen den Einschätzungen „zufrieden“ bis „völlig zufrieden“. Dabei zeigten die brustkrebsbetroffenen Patientinnen insgesamt höhere Werte

hinsichtlich der erlebten Symptombelastung, der Konfliktentlastung, der Verbesserung disfunktionaler Einstellungsmuster und den allgemeinen Ergebnissen der Psychotherapie.

Insgesamt erwies sich das Therapieangebot als eine gleichermaßen gut akzeptierte Intervention für die hier verglichenen Kleingruppen primär somatisch und primär psychisch betroffener Patienten.

7. Diskussion und Ausblick

Die hier angebotene Selbstmanagementtherapie eignet sich durch ihre wenig störungs-, eher personenspezifische Orientierung nach Auffassung der Autoren gut zur Anwendung auf die Gruppen krebsbetroffener Patienten, die Psychotherapie im ambulanten Setting nachfragen. Sie ermöglicht im hohen Maße das, was von psychosozialer Onkologie allgemein erwartet wird:

- Starke soziale Unterstützung und Entwicklung der Fähigkeit, sich Hilfe zu holen.
- Rehabilitation des irritierten Selbstgefühls durch Klärungen mit dem Ziel höherer Selbstorganisation.
- Suche und Etablierung passender Bewältigungsmuster bzgl. Krankheit und Konflikten.
- Evtl. Neubewertung grundsätzlicher Lebenseinstellungen mit dem Ziel höherer Autonomie.
- Gewinnen/Wiedergewinnen von Vertrauen in die eigene Person (Selbstwirksamkeit) durch zukunftsorientierte Zielsetzung und Entwicklung der Fähigkeit, diese Ziele zu erreichen.
- Verbesserung salutogenetischen Denkens und Stärkung zentraler Instanzen der Person, die Verstehen, Erleben von Sinnhaftigkeit und persönliche Einflussmöglichkeit auf den Lebensablauf ermöglichen (Kohärenzgefühl).

Nach einigen Jahren Psychotherapiearbeit mit Krebsbetroffenen erscheint die vorgestellte Einzeltherapie ergänzungsbedürftig. Es wächst bei den Betroffenen das Bedürfnis nach mehr Informationen über die Erkrankung selbst, über medizinische Behandlungsstrategien und alternativmedizinische Ansätze (vgl. auch Kaufmann u. a., 2000). Seit zwei Jahren ergänzen wir das hier vorgestellte Einzelsetting durch ein begleitendes strukturiertes Gruppenangebot mit der Möglichkeit, sich unter Gleichbetroffenen stärker unterstützt zu fühlen und durch Information und Patientenschulung autonomer zu werden. Die sogenannten Patientinnenseminare sind überwiegend salutogenetisch ausgelegt, was auch einer Forderung von Weis (1997) und Wirsching (1996) entspricht.

Bei dem zur Zeit noch schwer einzuschätzendem Bedarf Krebserkrankter nach unterschiedlicher psychosozialer Unterstützung bzw. dessen Inanspruchnahme (Tschuschke 2002 b) kann zumindest bei Brustkrebspatienten von einer recht hohen Akzeptanz informationsbasierter bzw. psychotherapeutisch orientierter Angebote ausgegangen werden (Reuter/Rehse u. a., 2004).

Der Ermittlung von entsprechenden Patientenbedürfnissen, vermeintlichem Bedarf und tatsächlicher Inanspruchnahme wird bei der Diskussion über das psychosoziale Anforderungsprofil der aktuell zertifizierten Brustzentren erhöhte Bedeutung zukommen. ▪

Anschrift der Autoren

Dr. Elmar Reuter,
Dr. Barbara Rehse
Praxis für Psychotherapie
Frankfurter Straße 1
57462 Olpe
Tel. 02761 3433
Fa 02761 53212
E-Mail: reuter-psychoonkologie-olpe@t-online.de

Literatur

Antonowsky, A.: Unraveling the mystery of health, San Francisco, Jossey Bass (1989).

Cunningham, A. J.: Group psychological therapy of cancer patients. In: Support Care Cancer (1995), 3, S. 244 – 247

Fawzy, I. et al.: Malignant melanoma. Effects of an Early Structured psychiatric Intervention. Coping and effective state of recurrence survival 6 years later. In: Archives of General psychiatry 50 (1993), S. 681 – 689

Frischeschlager, O./Brömmel, B./Russinger, U.: Zur Effektivität psychosozialer Betreuung Krebskranker – Eine methodenkritische Literaturübersicht (Stand Dezember 1990). In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 42 (1992), S. 206 – 213

Goodwin, P. J./Leszcz, M./Eunis, M./Koopmanns, J./Vincent, L./Guther, H./Drysdale, E./Hundleby, M. et al.: The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. In: The new England Journal of Medicine, 345 (2001), 1719 – 1726

Grawe, K. und Braun, U.: Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. In: Zeitschrift für Psychologie 23, 4 (1994), S. 242 – 267

Greer, S./Morris, T./Pettingale, K. W.: Psychological Response to Breast Cancer: Effect on Outcome. In: The Lancet, Okt. 13 (1979) S. 785 – 787

Heim, E.: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 18 (1988) S. 8 – 18

Heim, E.: Coping-Erkenntnisstand der 90er Jahre. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 48 (1998) S. 321 – 337

Kaufmann, M./Ernst, B. (2000): Was Frauen mit Krebs erfahren, empfinden, wissen und vermissen. CAWAC-Umfrage Deutschland, Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 1997, Heft 47, S. 706 – 710

Kanfer, F. H./Reinecker, H./Schmelzer, D.: Selbstmanagement-Therapie, 2. überarbeitete Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New-York (1996)

Rehse, B.: Metaanalytische Untersuchungen zur Lebensqualität bei adjuvant psychoonkologisch betreuten Krebsbetroffenen. Shaker-Verlag, Würselen (2001).

Reuter, E./Rehse, B./Schwickerath, J.: Patientinnenseminare – ein psychosoziales Angebot zur verbesserten Nachsorge brustkrebsbetroffener Frauen in der Region (i. V. 2004)

Rehse, B./Reuter, E./Schwickerath, J.: Inanspruchnahme und Akzeptanzvergleich eines psychoonkologischen Nachsorgeangebotes bei brustkrebserkrankten Frauen. Projekt Deutsche Krebshilfe (2004), Projekt Nr. 703212

Rief, W.: Die somatoformen Störungen – Großes unbekanntes Land zwischen Psychologie und Medizin. In: Zeitschrift Klinische Psychologie 25 (3), (1996) S. 173 – 189

Riehl-Emde, A./Buddeberg, C./Muthny, F. A./Landolt-Ritter, C./Steiner, R./Richter, D.: Ursachenattribution und Krankheitsbewältigung bei Patientinnen mit Mammakarzinom. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 39 (1989) S. 232 – 238

- Rudolf, G.:** Körpersymptomatik als Schwierigkeit der Psychotherapie. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 37 (1992) S. 11 – 23
- Schaffner, L. (1994):** Psychosoziale Interventionen bei Krebs – eine Übersicht. In: E. Heim u. M. Perrez (Hrsg.) Krankheitsverarbeitung, S. 170 – 191 Göttingen, Hogrefe
- Schüle, I.:** Belastung durch Krebs und Verarbeitung der Krankheit. Verlag Emirische Pad., Landau, 1996
- Spiegel, D. et al:** Effects of psychosocial Treatment on Survival of Patients with metastatic Breast Cancer. In: Lancet, Oct. 14 (1989) S. 888 – 891
- Stierlin, H./Grossarth-Maticek, R.:** Krebsrisiken – Überlebenschancen. Auer, Heidelberg (1998)
- Tschuschke, V.:** Psychoonkologie – Psychologische Aspekte der Erstehung und Bewältigung von Krebs, Schattauer (2002 a)
- Tschuschke, V.:** Psychoonkologische Versorgung. In: Psychodynamische Psychotherapie (2002 b); 1, 181 – 186
- Tschuschke, V.:** Psychologisch-psychotherapeutische Intervention bei onkologischen Erkrankungen. In: Psychotherapeut 2 (2003), S. 1 – 9
- Verres, R.:** Die Kunst zu leben – Krebsrisiko und Psyche, Pieper (1994)
- Watson, M./Haviland, J. S./Greer, S./Davidson, J./Bliss, J. M.:** Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort-study. In: Lancet (1999), 354, S. 1331 – 1336
- Weis, J.:** Das Konzept der Salutogenese in der Psychoonkologie. In: H. H. Bartsch, J. Bengel (Hrsg.) Salutogenese in der Onkologie, Karger (1997)
- Wirsching, M./Drings, P./Georg, W./Riehl, J./Schmidt, P.:** Familien-System-Konsultation beim Bronchialkrebs. In: System Familie (1989), 2, S. 645 – 681
- Wirsching, M.:** Psychosomatische Medizinische Konzepte, Krankheitsbilder, Therapie. Beck Wissen, München (1996)